

2016年1月29日

2015年度聖路加国際大学大学院課題研究論文

論文題目

産後ケア事業において助産師が抱えている問題

Current Issues

in Midwifery-led Postpartum Care Centers in Japan

学生番号 14MW007  
氏名 齋藤友花里



## 目次

第1章	序論	1
I.	研究の背景	1
II.	研究の目的	2
III.	研究の意義	3
IV.	用語の定義	3
第2章	文献検討	4
I.	日本における産後ケア事業の変遷	4
1.	少子化における2つの政策提言	4
2.	先駆的な産後ケアセンターのモデル事業化	4
3.	地域住民主体の助産所と産前産後ケアセンターの設立	5
4.	政策における産後ケア事業の登場	5
II.	産後ケア事業の現状	5
III.	産後の母親の支援ニーズ	6
IV.	看護職者の産後ケアにおける意識	6
第3章	研究方法	8
I.	研究デザイン	8
II.	研究方法	8
第4章	結果	12
I.	研究参加者の概要	12
II.	産後ケア事業の概要	12

III. 産後ケア事業で助産師が抱えている問題.....	19
1. 結果の全体像.....	19
2. カテゴリーの説明.....	23
1) 【母親との関わりの困難性】 .....	23
2) 【採算性の低さ】 .....	25
3) 【マンパワーの量的・質的不足】 .....	26
4) 【施設の方向性が不統一】 .....	28
5) 【産後ケアを併設する負担】 .....	30
6) 【助産師と自治体の産後ケアへの認識の相違】 .....	31
7) 【自治体の事業の運営方法への疑問】 .....	35
8) 【地域連携の不足】 .....	40
第5章 考察 .....	44
I. 助産師が抱えている問題.....	44
II. 地域の子育てネットワークの強化.....	47
III. 産後ケア事業における助産師の役割.....	50
IV. 本研究の限界と今後の課題.....	51
第6章 結論 .....	52

## 図表目次

表 1	研究参加者の概要.....	14
表 2	研究協力施設の概要.....	15
表 3	研究協力施設における産後ケア事業の概要.....	16
表 4	研究協力施設における産後ケア事業の利用状況.....	17
表 5	自治体における産後ケア事業の概要.....	18
表 6	産後ケア事業で助産師が抱えている問題.....	22
図 1	助産師が抱えている問題の全体図.....	21
図 2	【助産師と自治体の産後ケアへの認識の相違】、【採算性の低さ】の原因.....	34
図 3	【自治体の事業の運営方法への疑問】の原因.....	39



## 第1章 序論

### I. 研究の背景

近年児童虐待の相談件数は増加傾向にあり、平成26年度は88,931件に上った(厚生労働省,2015a)。虐待者は実母が52.4%と半数以上を占める。被虐待児の年齢構成は、小学生が34.5%と最も多いが、0歳から3歳未満も19.7%を占める。また虐待死事例は心中とそれ以外で統計が出されているが、心中以外で死亡した子どもは0歳児が44.4%を占めていることから(厚生労働省,2015b)、産後早期の支援によって児童虐待を予防していくことが必要だと考えられる。児童虐待のリスク要因には、家庭の経済的困窮や社会的な孤立などの養育環境の要因のほか、子どもの情緒・行動上の問題(厚生労働省,2014c)や何らかの育てにくさ(鈴木,2014)などの子ども側の要因が挙げられる。また保護者側の要因として「望まない妊娠」や「10代の妊娠」などの周産期に発生するもの(厚生労働省,2014c)や、「精神疾患、精神不安」などの心身の不健康や障害によるもの(厚生労働省,2015b)、保護者自身の「不適切な被養育体験」(鈴木,2014)などもある。また育児不安も虐待的傾向と強く関連すると報告されている(八重樫,小河,田口,&下田,2008)。

近年、産後の母子を取り巻く育児環境は大きく変わってきており、母親および家族にとって育児はさらに難しさを感じるものとなってきた。国や自治体によって様々な取り組みが行われてきているにもかかわらず生後3,4か月児を持つ「子育てに自信が持てない母親の割合」は平成25年で19.3%と、平成18年の19.0%から変わっていない(厚生労働省,2013a)。

育児不安の要因のひとつに育児経験の不足が挙げられる。少子化によって、自分の子どもが生まれるまでに「子どもとの接触」や「育児」を経験する母親が少なく(原田,2006)、経験が少ない母親ほど、育児不安やイライラ感、負担感を強く感じる者が多いと報告されている(原田,2006;榎本,福本,堀井,小松,&塩見,1999;中谷&山本,2005)。また、実母や夫、友人らからの育児支援も減少している。産後、実母や実父から支援を受ける母親は多いが(水野,坂梨,勝川,臼井&鍋田,2014;鈴木,庄子,&田崎,2010;渡部,門脇,藤原,&原田,2010)、母親の第1子出産時平均年齢は30.6歳(厚生労働省,2014a)と晩産化が進むなかで、高齢となった実父母からは十分な支援を受けられない現状がある(前原ら,2014)。また、育児の支援者としての夫は、育児休業取得率2.3%(厚生労働省,2014b)、「育児に参加する父親」割合は4割程度(厚生労働省,2013a)と2005年の調査から微増にとどまり、

母親にかかる育児負担は依然として大きい。さらに、地域でのつながりが希薄化しており育児に関する相談相手や友人がいない母親が多い(望月ら, 2014)。産後の母子は社会的に孤立しやすい環境にあり、それゆえ育児困難感や不安、ストレスに陥りやすい環境におかれている。

このような育児環境の変化に伴って、社会全体で子育て家庭を支える取り組みや妊娠・出産、子育てまでを包括的に支援する取り組みの必要性が高まっている。2013年には少子化対策に「結婚・妊娠・出産支援」として地域における結婚から育児までの切れ目ない支援の強化が取り入れられ(内閣府, 2013)、各自治体により3事業から成る「妊娠・出産包括支援モデル事業」の取り組みが開始された。3事業とは、妊産婦等の様々な悩みへの相談対応や、支援を関係機関につなぐための「母子保健相談支援事業」、専門家による相談援助や地域の子育て経験者に話し相手になってもらう等の「産前・産後サポート事業」、そして育児不安の解消と児童虐待予防を目的として、出産直後の産婦に心身のケアや育児のサポート等の支援や休養の機会を提供する「産後ケア事業」である。なかでも産後ケア事業は、入院の延長線上として母親の休養や育児技術の取得、相談による不安の解消など、子どものいる生活へ適応していくための包括的な支援を24時間受けられる事業として注目が高まっている。

しかし、産後ケア事業は開始されてから2年であり、事業としては発展途上にあるといえる。2014年末時点では、予定を含む妊娠・出産包括支援モデル事業実施市町村は29市町村に上ったが、専門職や委託先が不足しているといった市町村からの要望があり、平成27年度からは任意事業となった(厚生労働省, 2015c)。産後ケア事業に関する研究は、全国的な実態調査(川島ら, 2013)や利用者へのニーズ調査(小松崎ら, 2014)、事業の実施に関与している地方自治体の保健師への調査(青木, 2015)が行われているが、事業を実施している助産師を対象とした研究は見当たらない。産後ケア事業を推進し、普及させるためには、産後ケア事業を実施している助産師の視点から現在の産後ケア事業の課題を明らかにする必要がある。

## II. 研究の目的

本研究では、産後ケア事業に従事する助産師へのインタビューを通して、助産師が行っている産後ケア事業の実施状況と現在助産師が抱えている問題について明らかにすることを目的とする。



### III. 研究の意義

産後ケア事業の実施状況と、助産師が抱える事業の問題を明らかにすることで、産後ケア事業の問題点とそれに対する解決策を探るための一助とする。また長期的には産後ケア事業の発展と、産後の母親の育児不安の軽減や児童虐待の予防に貢献できると考える。

### IV. 用語の定義

産後ケア：北田（2015）の概念分析や福島（2014a）、市川（2014）の研究より、「母親の身体的・精神的な回復が促進され、母親やその家族が産後における役割を遂行できるような関わりであり、人と人、人と地域がつながるきっかけと気づきを与え、これからの生活をよりよいものにしていく支援」と定義する。

産後ケア事業：本研究では、「産科医療機関を退院後の母子へ『産後ケア』を提供する事業」と定義する。多くの施設では「産後」の示す期間は入院施設を退院する時期である7日から1年と幅があるが、1か月もしくは2か月としている施設が多い。しかし本研究では各施設で基準が異なるため「産後」の定義を設けない。また、自治体で行っている産後ケア事業や施設が独自で行っている事業など幅広い形態を含める。

## 第2章 文献検討

### I. 日本における産後ケア事業の変遷

現在我が国では、分娩施設退院後の悩み・孤立からもたらされる育児不安や、それに関連した児童虐待の問題を解消することを目的に産後ケア事業が行われている（内閣府, 2013）。本章では日本における産後ケアに関する研究や取り組みの変遷を概観する。

#### 1. 少子化における2つの政策提言

これまで産後ケア事業に関する研究や取り組みは、福島らの研究班によって進められてきた（福島, 2015）。日本の妊娠、出産、子育てに関わる施策は、少子化対策の位置づけで行われてきており、福島らの研究班は、平成15年から17年に行われた「少子化における妊娠・出産にかかわる政策提言に関する研究」において子どもを産もうとする促進的要因に焦点を当て、合計特殊出生率の高い沖縄県の2つの島で研究を行った。その結果、「人と人との親密なつながりが、出産および子育て・子育てを豊かなものにしていく」という示唆を得た。このことから、①「人と人のかかわりのきっかけをつくる子育て支援施策」と②「関係性に基づく地域づくりの支援」という2つの政策提言がなされた（福島, 2005）。

#### 2. 先駆的な産後ケアセンターのモデル事業化

上記の①に対して、さらに「家族・地域へのつながりをつくる新生児訪問の充実」と「地域に根差した産科施設・助産院の配置」という2つの提言を行った。前者に対しては、最終的に乳児家庭全戸訪問事業の施策実施に向けた資料提供を行い、平成25年4月時点で全市区町村のうち95.3%（厚生労働省, 2013b）で訪問事業が実施されている。

また、後者に対しては平成19年から21年に研究が行われ、モデル事業として行政と民間の連携による武蔵野大学附属産後ケアセンター桜新町が設立された。世田谷区の重点施策「児童虐待のないまち世田谷をめざして」の2次予防（育児不安進行予防）事業に位置付けられ、「産後の疲労が著しい母親、心身の不安定な母親、児の異常や双生児で養育困難に陥っている母親、さらに知識不足・情報混乱で育児不安になっている母親」（青山, 萩原, & 丹波, 2010）が多く利用している。利用対象は4か月未満の母子であり、区在住者で利用要件を満たした者は1割負担で利用できる。開所以降利用者は増え続け、2012

年時点では区委託利用者 800 名、自主利用者 75 名 (萩原, 2013) と 4 年間で年間利用者は 2 倍以上となった。しかしこの事例を他の地域で展開していくためには、区の財政や地域住民の所得、産科医療施設の有無などの地域の課題の特性に沿った形で行っていく必要性が示唆された (福島, 2015)。

### 3. 地域住民主体の助産所と産前産後ケアセンターの設立

続いて平成 22 年から 24 年には先述した提言の②「関係性に基づく地域づくりの支援」に対して研究を進めるとともに、埼玉県和光市に住民主体で助産所を誘致し、その 1 年後には産前産後ケアセンターを併設した (福島, 2015)。この助産所では、専門家だけでなく地域の母親や NPO 団体などの社会資源とのつながりをつくり、市の「こんにちは赤ちゃん訪問事業」を委託事業として行い、行政との連携を図ってきた。先の世田谷区の事例で得られた「地域の課題の特性に沿」うという課題を達成し、「地域に根差した産科施設・助産院の配置」を形にした。その後、芸能人による韓国の産後調理院の利用に関するニュースの後押しもあり、世間での産後ケアの認知度が進んだ。

### 4. 政策における産後ケア事業の登場

全国的には、2013 年 6 月に内閣府で「少子化危機突破のための緊急対策」が決定された。これまでの少子化対策であった「子育て支援」、「働き方支援」に加えて「結婚・妊娠・出産支援」を追加し、この中に「産後ケア」の強化が盛り込まれた。「妊娠期から地域で支援していく仕組み」づくりが重要であるとし、退院後早期の助産師による電話相談や家庭訪問の強化などのアウトリーチ型事業の強化や、日帰りや宿泊で休養や乳房ケアなどを提供する「産後レスパイト型事業」の推進、現在活動していない助産師や先輩ママ、シニア世代による「産後パートナー事業」の導入などの方策が検討された。翌年には地域における切れ目のない妊娠・出産支援の強化として「妊娠・出産包括支援モデル事業」の実施が決定し、「産科医療機関からの退院直後の母子への心身のケアや育児のサポートなどを行う」産後ケア事業が取り入れられた (厚生労働省雇用均等・児童家庭局, 2014)。

## II. 産後ケア事業の現状

2014 年末時点では、予定を含む妊娠・出産包括支援モデル事業実施市町村は 29 市町村であるが (厚生労働省, 2015d)、実施に際し専門職や委託先が不足しているといった市町村が

らの要望があったため、2015年度から任意事業となっている。

2013年の調査(川島ら, 2013)では、データの得られた全市町村で、宿泊型産後ケア事業は外部委託として主に開業助産所で行われていた。産後ケアの対象期間の定義は、多くの施設で1か月もしくは2か月としていたが、産後ケア事業で解消することを目指している児童虐待における死亡事例のうち生後4か月未満の乳児が多いことや、母親の不安が産後4か月頃まで続くこと、産後里帰り期間の長い母親の実態などを理由に4か月を対象定義としているところもある(小堀, 2010)。さらに、親としての自立や社会復帰への援助など産後の女性への包括的な支援が必要であるとし、1年間を産後ケアの対象とする考え方もある(市川, 2015)。これらの理由から「産後ケア」の対象期間の明確な定義はまだ定まっておらず、産後ケア事業の対象者も産後7日目～1年までとばらつきがみられた。

産後ケア事業で行われている内容は、育児指導、母親の身体的観察・アセスメント、乳房ケア、母親のメンタルヘルス支援、家事支援が挙げられた(川島ら, 2013)。母親たちのネットワークづくりを意識した内容はみられず、福島(2014a)や市川(2014)が示すような人と人のつながりの再構築を促すようなケアや、母子を地域とつなげるケアにはまだ焦点があてられていない。

### III. 産後の母親の支援ニーズ

島田ら(2006)の研究では、産後の母親は育児への自身喪失感や育児放棄感といった精神的側面や睡眠不足や疲労、乳房トラブルといった身体的側面に心配事を抱えていることが明らかになった。産後の支援ニーズとして、疲労や育児不安、育児放棄感(吉海ら, 2015)があり、特に初産婦では育児相談、経産婦では育児労働のサポートに関する希望が多かった(島田ら, 2006)。そして産後ケア事業に対しては、70%台の母親が利用を希望しており(坂梨, 白井, 勝川, & 鍋田, 2010; 吉海ら, 2015)、支援内容として精神的サポートや、児の発達・発育チェック、家事など身の回りのサポート、乳房ケアなどの母親のニーズが報告されている(吉海ら, 2015)。

### IV. 看護職者の産後ケアにおける意識

唐田(2008)の報告では、出産後、産科医療施設入院中の母子に対する支援において、母乳栄養や育児に関するケアの実施率は高かった。しかし、退院後を見据えた指導や人的なネットワーク・退院後の相談施設の紹介などの支援は実施率が低く、また退院後の子育てにつ

ながる支援への認識は入院中の認識と比較し低いと報告された。さらに佐藤, 石塚, 大庭, 福地, & 磯山 (2011) の報告によると、産後の母親にかかわる助産師は、妊娠、出産、育児の継続的なサポートが必要であると感じつつも、退院後の生活を全て把握することは難しく、かかわりに限界を感じていた。

一方で「産褥期は家族が新しい形をはぐくんでいくうえで大切な時期」であり、助産師は家族の役割調整や家族関係が良好に保てるような支援を行っており、先述した人と人のつながりの再構築を促すケアを行っていた (佐藤ら, 2011)。

## 第3章 研究方法

### I. 研究デザイン

本研究は助産師が行っている産後ケア事業の実施状況と産後ケア事業に従事する助産師が抱える問題を明らかにすることを目的とした、半構成的面接法を用いた質的記述的研究である。

### II. 研究方法

#### 1. 研究参加者

研究協力施設は、一般社団法人日本産後ケア協会の「全国産後ケア施設一覧」などの情報から関東圏内の助産所・診療所、産後ケア施設を検索し、独立型の産後ケア施設、助産所・診療所併設型の産後ケア施設など多様な形態および事業者の施設を選択した。研究協力施設は6か所（独立型と併設型）とし、各施設にて、産後ケア事業に従事している助産師を研究参加者とした。

#### 2. 研究参加者のリクルート方法とインタビューの手続き

研究協力の候補となる施設を訪問し、施設長に対して研究の趣旨を口頭および施設用説明書（資料4）にて説明した。施設として協力の承諾が得られた後に、施設長から事業の全体について理解している助産師1名を紹介してもらった。施設長から助産師へ研究者の連絡先を渡し、助産師が研究協力を承諾する場合に研究者へ連絡をしてもらった。連絡を受けた助産師に対し、研究者から研究の趣旨を口頭および研究参加者用説明書（資料5）を用いて説明した。研究協力の同意を得た後、研究同意書（資料6）に署名を得た。

#### 3. データの収集期間

2015年10月下旬から11月下旬までとした。

#### 4. データの収集方法

##### 1) 事前調査

インタビューを行う前に、事前に研究協力施設の基礎情報、研究参加者の属性、そして自治体と連携し補助を受けている施設の対象市区町村の産後ケア事業の概要に

ついて情報収集を行った。

#### (1) 研究参加者用質問紙

研究参加者用質問紙 (資料 2) は Weiss (1998) の事業評価の枠組みを参考に、研究協力施設の基礎情報、産後ケア事業の利用状況、研究参加者の属性より構成した。研究参加者用質問紙は、同意を得られた研究参加者へインタビュー前に配布し、インタビュー時に回収するとともに質問項目について口頭にて再度確認し、質問の意図と回答の一致を確認した。

#### (2) 対象市区町村データ収集用紙

対象市区町村データ収集用紙 (資料 1) は、産後ケア事業を行っている市区町村の広報を参考に、事業の基礎データとなる項目を抽出し作成した。事業開始年、事業目的、事業内容、利用条件などから構成される。情報は、研究者が市区町村のホームページや資料等から収集した。

#### 2) インタビューデータ

産後ケア事業の現状における問題を明らかにするために、インタビューガイド (資料 3) を用いて半構成的面接を行った。インタビュー内容は、産後ケア事業をはじめたきっかけ、事業開始当初の問題と対応、現在の問題と対応から構成される。

### 5. 分析方法

事前調査で得たデータは、質問項目ごとに単純集計した。

インタビューデータに関しては、佐藤 (2008) の質的データ分析手法を参考に分析を行った。逐語録に起こしたインタビューデータから、それぞれの言葉が使われている原文の意味や文脈に対して注意を払いながら、「産後ケア事業に従事する助産師が抱える問題」と考えられる語りの意味内容をコーディングした。次に得られた複数のコードを、類似性と異質性を比較しながらサブカテゴリーに分類した。さらに、それらに関連するものごとにまとめてコアカテゴリーを作成した。6人分のインタビューデータからサブカテゴリー、カテゴリー、コアカテゴリーを抽出後、それぞれの類似性と異質性を比較しながら統合した。

逐語録からのデータの抽出、サブカテゴリー化、カテゴリー化、コアカテゴリー化は研究者と当該分野に見識のある専門家で行い、意見の一致をみるまで検討を重ねた。

## 6. 研究の厳密性の確保

インタビュー実施前に当該分野に見識のある助産師にプレ調査を行い、質問内容の検討を行った。データの収集、分析にあたっては適宜、当該分野に見識のある専門家からスーパーバイズを受け、入手データの妥当性を高めるよう努めた。またデータ収集後も適宜研究参加者と連絡を取り、協力者の認識と研究者の解釈が正しいか確認することで真実性を確保するよう努めた。

## 7. 倫理的配慮

研究の全ての過程は、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守のもと、以下の点を資料4および5に記載すると共に、口頭で対象者に説明をし、同意を得た。

- 1) 研究協力によるメリットは、効果的な産後ケア提供の一助となることであり、デメリットは質問紙の記入やインタビューによる時間的制約があることである。
- 2) 研究協力施設の責任者と研究参加者へは、研究題目、目的、意義、依頼内容を口頭で説明し研究協力の許可を得た。
- 3) 研究への協力は自由意思によるものであり、承諾・拒否は自由であることを伝えた。対象者の参加の有無は施設長へは伝えず、任意性を保護した。
- 4) いったん承諾しても、協力を中止したい場合は、分析終了前までは協力を中止できることを伝え、事前に研究協力同意撤回書(資料7)を渡した。
- 5) インタビューデータは、研究参加者の許可を得たうえで録音し、メモを取った。
- 6) インタビューはプライバシーが確保できる個室で行い、所要時間は1時間程度とした。
- 7) 連結匿名化に際し、研究参加者に対応する記号を示した対応表はデータとは別の鍵のかかる場所で保管した。また分析に用いるパソコンは研究者のみがアクセスできるようパスワードを設定しデータ漏洩に注意した。
- 8) 個人情報が含まれる資料は、施錠した場所に保管し、研究者のみが利用できるようにした。
- 9) 知り得た研究データは研究終了後5年間の保管後破棄する。
- 10) 研究結果は聖路加国際大学大学院修士課程課題研究として提出後、その他の専門の学会や学術誌に公表する。
- 11) 本研究は聖路加国際大学研究倫理審査委員会の承認を受け実施した(承認番号:



15-053) 。

## 第4章 結果

### I. 研究参加者の概要

研究参加者は産後ケア施設の利用者へ産後ケアを提供しており、事業の全体について知っている助産師 6 名である。年齢は 30 歳代から 60 歳代であり、産科臨床経験年数は 9 年から 44 年であった。施設内の役割は A、B、C、F 氏が管理者、D、E 氏が従業者である。研究参加者の概要を表 1 に示した。

### II. 産後ケア事業の概要

研究協力施設である産後ケア施設は、分娩を扱っている施設が 5 施設、産後ケア独立型施設が 1 施設であった。しかし、産後ケア独立型であっても助産所と並行して経営しており、助産師も双方の業務に入っているため、完全に産後ケア事業のみを行っている施設はなかった。産後ケア事業を開始してからの経過年数は 1 年未満から 21 年とさまざまである。D、E の施設では開業当初から地域で産後ケアを担っていたため経過年数が長くなっているが、自治体からの補助を受け始めてからは約 2 年である。自治体の補助を受けていない施設では過去 4 年以内に産後ケア事業を開始している。産後ケア事業の種類は、宿泊・日帰りを行っている施設が 4 施設、宿泊のみが 2 施設であるが、各施設でオプションとしてクラスへの参加も可能である。インタビュー時点で自治体からの補助を受けているのは A (G 自治体)、D、E (H 自治体) の 3 施設であり、インタビューの次月から B の施設でも自治体との連携が開始された。表 2 に研究協力施設の概要、表 3 に研究協力施設における産後ケア事業の概要を示した。

各施設が対象とする利用者は、育児支援の得られない人、育児不安のある人、産後の身体や心理面へのケアを必要としている人など、自治体が掲げている対象者の基準に沿う施設が多いが、休養目的や自施設で出産した母親全員を対象としている施設もみられた。利用状況として、平均月 1～15 人の利用者がいた。入院時の産後からの経過日数は平均 4 日から 6 日目と分娩施設退院直後からの利用が多いが、最長で 4 か月目と幅がある。また産後ケア事業の利用日数は、宿泊や日帰りを合わせて平均 3 日から 7 日間であった。最短で 1 日、最長で 2 か月間だった。利用者の概要は、初産婦が 8 割以上、平均年齢 35 歳から 40 歳と高齢初産婦が多く、核家族の者が 9 割以上を占める。入院時に心身の疲労や育児不安を抱えている母親が多かった。入所経路は、自治体の補助がある施設では保健師からの紹介が多く、そ

の他の施設ではインターネットが多かった。産後ケア事業の利用状況を表4に示した。

自治体は、「子どもを産み育てやすい体制の整備」や「育児不安の解消」、「児童虐待の未然防止」を事業目的とし、生後4か月未満で、産後の支援がない母子や育児不安を抱える母子を対象としていた。事業形態は宿泊型、訪問型、日帰り型などがあり、各7日以内の利用期間を設けていた。宿泊型の自己負担額は3,000円から9,000円である。G・H自治体とも助産所で産後ケアを実施していた。表5に自治体における産後ケア事業の概要を示した。

表 1 研究参加者の概要

研究参加者	A	B	C	D	E	F
年齢	60 歳代	60 歳代	50 歳代	30 歳代	30 歳代	40 歳代
産科臨床経験年数	44 年	38 年	20 年	12 年	9 年	19 年
他施設での経験	病院	病院	助産所	病院	病院	病院
	診療所	助産所		診療所	診療所	診療所
施設内の役割		保育所		助産所		助産所
	管理者	管理者	管理者	従業者	従業者	管理者

表 2 研究協力施設の概要

研究参加者	A	B	C	D	E	F	
スタッフ数(人)	助産師 (常勤)	1	1	18	3	2	2
	助産師 (非常勤)	14	3	0	2	2	0
	看護師	0	1	0	0	0	1
	調理	1	2	2	2	4	1
	事務	1	1	3	1	2	2
	その他	管理栄養士	産後ドゥーラ 保育士他	-	-	-	-
勤務体制(人)	日勤	1	1~2	2	1~2	2~3	1~2
	夜勤	1	1	2	1	1~2	1
病床数(床)	分娩用	4	4	19	4	5	19
	産後ケア用	-	-	-	-	-	6
月平均分娩数(件)	-	年3件	20	5	6	60	

表 3 研究協力施設における産後ケア事業の概要

研究参加者	A	B	C	D	E	F
事業開始年	2015	2012	2011	1994	1994	2014
調査時点での自治体からの補助金	あり	なし (次月より開始)	なし	あり	あり	なし
事業形態	独立型	併設型	併設型	併設型	併設型	併設型
事業目的	①産後の母子支援を助産師主体でケアする ②母子の安全、安心を確保していくための充実した環境整備を確保する ③新規事業による人員採用、経営、運営管理を実施することで社会貢献する	①産科医療施設退院後から自宅に戻る際の中間施設としての役割を担う	①産後の育児支援 ②自律していく母親と家庭を支える	①利用者の個別性を踏まえ、きめ細やかな支援を行う ②育児スキルの向上や母子の愛着形成を促し、子育てに対し、少しでも自信を持って生活できるよう援助する	①産後の疲れた身体を癒し、ゆっくりと体調を整える ②赤ちゃんとの生活がスムーズにいくような手伝いをする	①Fで分娩する母親向けの妊娠・出産・子育てまで切れ目ない支援を行う
利用対象者	産後4か月未満の母子	産後支援が得られない母子（高齢で実父母も高齢、実家が遠い） 産後はゆっくり休みたい母	育児支援の得られない母子 産後心身のリハビリが必要な母	育児不安が強い母 体調不良（疲労が強い）のある母 産後支援が得られない母子 母乳育児がうまくいかない母子など	産後の回復や育児に不安がある母 母乳育児がうまくいかない母子 産後の手伝いがなく、在宅に不安がある母など	主にFで出産した母子 産後ケアに関しては地域社会全般を広く対応する
事業の種類	宿泊	宿泊、日帰り	宿泊	宿泊、日帰り	宿泊、日帰り	宿泊、日帰り
ケア		母親のボディケア	アロマトリートメント		母親のボディケア ヘアカットなど	
オプションで利用できるケアやクラス	産後ヨガ ベビーマッサージ クラス	妊娠期両親教室	産後エクササイズ ベビーマッサージ	妊娠期母親教室 ベビーマッサージ 抱っこひも教室 赤ちゃんの発達教室	産後エクササイズ ベビーマッサージ 抱っこひも教室 育児サークル	産後エクササイズ ベビーマッサージ 食育ランチ 離乳食料理教室 赤ちゃんサロン

表 4 研究協力施設における産後ケア事業の利用状況

研究参加者		A	B	C	D	E	F
月平均利用者数		ばらつきがあり 平均が出せない	2~3	15	1	2~3	1~2
産後日数 (日数)	平均	5	4	6	30	7~12	4
	最短	2	4	6	5	5	4
	最長	7	120	30	90	4 か月	10
利用日数 (日数)	平均	3	7	7	5	4.3	3
	最短	2	1	1	1	1	2
	最長	7	14	2 か月	14 (宿泊+日帰り)	1 ヶ月	10
年齢(歳)	平均	36	36	35	34		40
	最低	27	26	30	17	不明	36
	最高	44	47	53	44		45
初産産(%)	初産婦	約 90	96	約 90	約 90	約 80	約 100
	経産婦	約 10	4	約 10	約 10	約 20	0
家族構成 (%)	核家族	95	98		90	約 100	約 100
	両親と同居	2	1	不明	5	0	0
	その他	3	1		5	0	0
入所経路 (多いもの)	1 番	地区の広報	インターネット	インターネット	保健師からの紹介	保健師からの紹介	出産機関の紹介
	2 番	新生児訪問	口コミ	出産機関の紹介	出産機関の紹介	自分で探した	-
	3 番	保健師からの紹介	出産機関の紹介	保健師からの紹介、主治医から	新生児訪問	新生児訪問	-
入院時の母子の健康状態 (主なもの)	母	産後うつ症状 貧血、会陰部痛	育児不安 乳房の問題 心身の疲労 睡眠不足	疲労、精神的問題 授乳困難、乳腺炎 歩行困難 体調不良	育児不安、疲労 乳房の硬結	育児不安 精神的問題 貧血	貧血、腰痛
	子	体重増加不安	泣き、体重増加不安、母乳不足感	-	乳頭混乱、反り返り、向き癖	泣きが強い、いわゆる育てにくい子	健康状態良好が主
利用時の主訴 (主なもの)	精神的	育児不安 イライラ	将来や子育ての不安 睡眠不足感		育児不安 児の反応がわからない 泣きへの恐怖 睡眠不足感	育児不安 休息したい	育児不安 休息したい
	身体的	創部痛、眩暈、食欲不振	下肢浮腫、腱鞘炎	疲労回復			
	その他	人工乳の補足方法の不安 母乳分泌不足		母乳育児がうまくできない		産後支援無し	

表 5 自治体における産後ケア事業の概要

自治体	G	H
対象産後ケア施設	A	D、E
事業開始年	2014	2013
事業目的	家族等から十分な家事・育児等の援助が受けられず、育児支援を必要とする妊産婦を対象に、妊娠・出産包括支援事業を実施することにより、子どもを産み育てやすい体制の整備を図ること	産褥期に家族等からの産後の援助が受けられない者で、育児支援を特に必要とする母子及びその家庭を対象に、心身の安定と育児不安を解消し児童虐待の未然防止を目的として、産後母子ケアモデル事業を行う
事業利用対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市内在住</li> <li>・生後4か月未満の乳児とその母親</li> <li>・医療行為の必要でない母子</li> <li>・家族等から十分な家事</li> <li>・育児等の援助が受けられない者</li> </ul> <p>※いずれかに該当する者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・母に体調不良又は育児不安等がある</li> <li>・その他特に支援が必要と認められる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生後4か月未満の乳児とその母親</li> </ul> <p>※下記全てに当てはまる者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・市内在住</li> <li>・家族などから産後の援助が受けられない</li> <li>・育児不安などが強く支援を必要とする</li> <li>・母子ともに医療行為が必要でない</li> </ul>
事業形態	宿泊型、訪問型	宿泊型、日帰り型
利用日数の制限	宿泊：1泊2日～6泊7日以内 訪問：1日1回90分程度、1家庭につき通算7日以内	宿泊：7日以内 日帰り：7日以内（週3日）
利用金額	宿泊：1日3万円（自己負担9千円） 訪問：1回1万円（自己負担5千円）	宿泊：1日3万円（自己負担3千円） 日帰り：1回2万円（自己負担2千円）
事業実施施設	8助産所	8助産所



### III. 産後ケア事業で助産師が抱えている問題

質的データ分析の結果、8個のコアカテゴリー、18個のカテゴリー、37個のサブカテゴリーが抽出された。なお、コアカテゴリーは【 】、カテゴリーは《 》、サブカテゴリーは〈 〉、参加者の語った生データは「 」、語りの補足は（ ）、問題の原因は[ ]で示す。

#### 1. 結果の全体像

産後ケア事業において助産師が抱えている問題は、助産師に生じる問題、産後ケア施設の問題、地域での連携の問題の3つに分類された。得られた結果から以下に助産師が抱えている問題の全体像を示す(図1)。

まず助産師に生じる問題として、【母親との関わりの困難性】が挙げられる。通常妊娠期・分娩期から母親と関わる助産師にとって、産後のケア利用時に初めて母親と出会うという産後ケア事業特有の関わりの短さや、産褥期が母親にとって心身ともに負担の大きい不安定な時期であることなど、[産褥期に初めて母親と出会う]ということが関わりに困難性を感じる原因のひとつとなっていた。また今日、育児の知識や経験がない母親が多いことや、適切な情報へのアクセスや育児サポートの確保が困難であるなどの[母子を取り巻く育児環境]がさらに育児を難しいものになっている。このような環境下において事業として産後ケアを行うことで、分娩から育児の移行がスムーズにできないリスクや、育児不安や児の泣きに対する恐怖心などの育児の困難感を抱えている母親の利用が特に増加し、産後ケア事業における[母子が抱える育児の困難性]も深刻化する。これらの原因から、助産師が感じている母親との信頼関係構築・相互理解の困難さや、母親との考え方の相違による関わりの困難さである【母親との関わりの困難性】が生じていた。

次に、産後ケア施設の問題として、【採算性の低さ】、【マンパワーの量的・質的不足】、【施設の方向性が不統一】、【産後ケアを併設する負担】が挙げられる。利用期間や利用者の条件、利用申請時の手続き方法など[各自治体による産後ケア事業の実施方法]は、既に枠組みが決まっている。また自治体の事業であるため、施設が個別に広報活動を行うことができなかつたり、コストがかかるため自治体からの金銭的援助が受けられない施設もあった。これらのことから[産後ケア事業の認知度の低さ]や、申請にかかる手間の多さや不安の増強などの[母親の負担の大きさ]が生じ利用者が増加していない現状にある。それゆえ人件費が高いにもかかわらず、産褥入院の単価は安く利用者が少ないために収入が得られないという【採算性の低さ】につながっていた。また、上述した[母子が抱える育児の困難性]による

[ケアにかかる労力の大きさ]から、充実したケアを行うための人材確保が必要であるが、経営的な負担から助産師を十分数雇用することは難しく【マンパワーの量的・質的不足】が生じていた。これは、サービスとしての産後ケア事業に適した人材の質的不足や円滑な運営のための人員不足のことである。その他の産後ケア施設の問題として、産後ケア事業の実施期間が数年未満の施設では、施設の体制や事業内容が不明確であり、従事者間の事業運営やケア提供における認識が統一されていないという【施設の方向性が不統一】である問題を抱えていた。さらに、分娩の取り扱いと産後ケアを併設している併設型の施設では、助産師一人にかかる業務量や並行業務の増加という【産後ケアを併設する負担】が生じていた。

最後に、地域での連携の問題として、【自治体の事業の運営方法への疑問】、【助産師と自治体の産後ケアへの認識の相違】、【地域連携の不足】が挙げられる。上述した[各自治体による産後ケア事業の実施方法]から、自治体は児童虐待リスクの高い限られた母親を対象としているのに対し、助産師は虐待は誰にでも起こりうると考え、早期に予防的介入をして多くの母親に利用してほしいと考えており、産後ケア事業の目的や対象者に関する【助産師と自治体の産後ケアへの認識の相違】が生じていた。これまで述べた[ケアにかかる労力の大きさ]、[各自治体による産後ケア事業の実施方法]、【助産師と自治体の産後ケアへの認識の相違】から、目標を達成するための期間的限界や支援ニーズのある母親全員に支援を届けられていない現状などへの【自治体の事業の運営方法への疑問】を抱えていた。一方で、[自治体や地域の医療機関との関係が希薄]であることから、母子を包括的に支援するための地域資源を助産師が十分活用できていなかったり、母子に関する情報共有が不十分であったりと、自治体との連携や、育児支援に関する地域資源との【地域連携の不足】が生じていた。

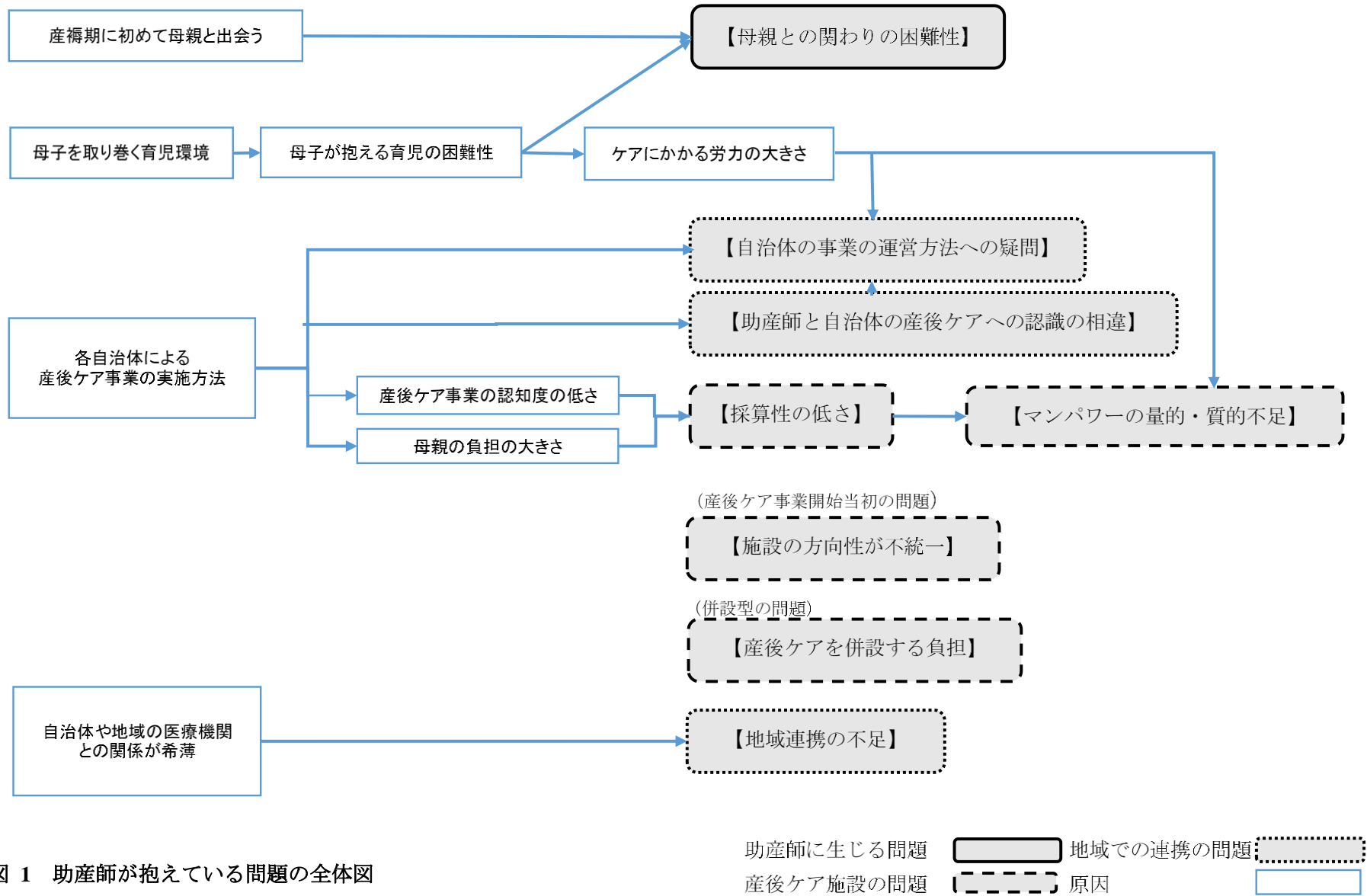


図 1 助産師が抱えている問題の全体図

表 6 産後ケア事業で助産師が抱えている問題

種類	コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
助産師に 生じる 問題	母親との関わりの 困難性	助産師と母親の 関係構築の困難性	助産師と母親の関係が希薄 助産師と母親が互いを理解していない
		助産師が母親のニーズに 合わせることの困難性	ケアに対する認識の相違 助産師と母親の目標の相違
		採算性の低さ	収入が支出を上回らない 人件費がかかる 利用者が少ない
産後ケア 施設の 問題	マンパワーの 量的・質的不足	産後ケアに携わる人員の質	産後ケアに携わる助産師としての 能力が必要 接遇に関する知識や経験の不足 産後ケアへの意欲の高い助産師が必要
		産後ケアの人員の量的不足	安定した人員の確保が困難 助産師の人員不足
	施設の方向性が 不統一	ケア従事者同士の 認識の不一致	助産師間のケア方針が統一できていない 他職種間での事業内容や理念の 認識の違い 業務分担が不明確
		ケア体制が整っていない	ケア体制による情報共有の漏れ
		事業内容が不明確	事業内容が構造化できていない
	産後ケアを 併設する負担	業務量や並行業務の増加	勤務の大変さによる負担増 分娩と産後ケアを一度にみる大変さ
地域での 連携の 問題	助産師と自治体の 産後ケアへの認識の 相違	ハイリスクの母子を 対象とした自治体の視点	限られた大変な人が使うという認識 支援はハイリスクアプローチに傾きがち
		幅広い母子を 対象とした助産師の視点	虐待は誰にでも起こりうるという認識 早期予防として多くの人が使うという認識
		利用のハードルが高い	予算不足による利用許可のハードル
	自治体の事業の 運営方法への疑問	目標達成のための 期間的限界	期間内で十分なケアができるかという疑問 短期間で変わらないものへの支援の限界
		支援ニーズのある人に 支援が届いていない	自治体の利用条件と産後ケア施設の 受入可能性の相違 客観的な必要度と実際の必要度との違い
		利用時の母親にかかる負担	利用申請に関する負担 不安なまま過ごす期間ができる 移動の負担
	地域連携の不足	助産師が地域資源を 活用できていない	多職種による支援の活用不足 母親の生活に即した支援の活用不足 母子にとって身近な支援者の不足
		情報共有が不十分	退院後の母子の情報共有がない 入院時の母子の情報不十分 利用者への連絡の不足
自治体の対応の不足		引き継ぎへの対応の不足	

## 2. カテゴリーの説明

前項に抽出されたコアカテゴリーを分類・整理した結果を示す(表6)。

### 1) 【母親との関わりの困難性】

このコアカテゴリーは、《助産師と母親の関係構築の困難性》、《助産師が母親のニーズに合わせることの困難性》の2つのカテゴリーで構成されていた。これは、[産褥期に初めて母親と出会う]、[母子が抱える育児の困難性]から生じていた。

#### (1) 《助産師と母親の関係構築の困難性》

このカテゴリーは〈助産師と母親の関係が希薄〉、〈助産師と母親が互いを理解していない〉の2つのサブカテゴリーから構成されていた。

##### ① 〈助産師と母親の関係が希薄〉

分娩目的で来院する母親とは妊娠期・分娩期から継続的に関わり信頼関係を築いている。しかし、産後ケア事業を利用する母親とは入院の時点で助産師と母親の信頼関係が構築されておらず、助産師は妊娠中からの関わりの大切さを再認識していた。

「やっぱり妊娠中来てたりする人って(中略)なおかつ信頼関係もある程度できてるので、そういう中でお産もやってきているけど、(産後ケアの人は)そういうのも全くない」(E氏)

「やっぱり妊娠中からの関わりっていうのがすごく大事だになっていうのはすごい実感してます」(B氏)

##### ② 〈助産師と母親が互いを理解していない〉

母親との関わりが短い分、母親と助産師の人間関係が構築できていないと感じていた。そのため、母親と助産師が短い利用期間の中でお互いを理解するのに時間がかかり、ミスコミュニケーションを生じやすいと語られていた。

「妊娠中から私たちが育ててきたその母子っていうのは、(産後ケアの母親と違い)妊娠中からもある程度ねえ、半年以上の関わりがあって、産後に至ってるので、理解がすごく早いんですよ、お互いに」(C氏)

「コミュニケーション気を付けないと、お互いよく知らない分、こっちがそう思っ

て言ってるわけじゃなくても、疲れてたりとか精神的にちょっと辛い時ってさ、そういう言葉が、余計変な風にとられちゃったりとか、そういうのがあるのかなと思うので、そういう意味で気を付けないといけないのかなって思う」(E氏)

## (2) 《助産師が母親のニーズに合わせることの困難性》

このカテゴリーは、〈ケアに対する認識の相違〉と〈助産師と母親の目標の相違〉の2つのサブカテゴリーから構成されていた。

### ① 〈ケアに対する認識の相違〉

母親が助産師に求めるケアと助産師が提供するケアに対し、双方の認識が異なっていた。また施設の利用方針やケア方針に対する認識にも相違があり、そのことが助産師の困惑につながっていた。

「私たちがよくやってあげたと思っても、向こうはそう思っていないかもしれないからそれがちょっと難しいところかな」(A氏)

「やっぱりここ(施設)はひとつの枠の中なのでできればそういうの(沐浴やシャワー)はここがそういう(時間が決まっている)所であるというのを認識してほしいと思っても、患者さんは『私が今一人しかいなければ私の自由でいいでしょ』って、『それ許してもらえないの、そういう風な譲渡はないの』っていう風な人もいたりとかっていうのがある」(A氏)

### ② 〈助産師と母親の目標の相違〉

助産師が考える母親が目指すべきゴールや分娩目的で来院する母親の持つゴールが、産後ケア事業を利用する母親が求めているゴールとは異なることを認識し、ニーズと提供するケアがミスマッチだと感じていた。また産後ケア事業を利用する母親の本当のニーズを理解できていないと感じている助産師もいた。

「(分娩で来る母親と産後ケアで来る母親は)考えてることも違うので、結局助産院来る人って、自分で産もうと思ってくる人とかも多いし、でまあ母児同室当たり前だし。産後入院で来るっていうことは結局育児の練習しにくる、赤ちゃんと一緒にいるのが当たり前っていう考えでこっちはいたんですけど、来た人は『自分は休みたいから預かってくれ』と」(E氏)

「例えばここだったらまるで家政婦さんのようになんでもしてくれることを、望んでくる方もいるんですよ。でもこちらは家政婦のようになんでもするというよりは、逆に、あなたが自立していけるように、お手伝いしますよってことなんで。それはミスマッチなんですよね」(C氏)

「本当にやっぱり相手にそういうニーズがあるのかなとか、お母さん方はいったい何を求めてここに来たのかなって」(F氏)

## 2) 【採算性の低さ】

このコアカテゴリーは、「収入が支出を上回らない」という1つのカテゴリーで構成されていた。

### (1) 《収入が支出を上回らない》

このカテゴリーは〈人件費がかかる〉、〈利用者が少ない〉の2つのサブカテゴリーから構成されていた。

#### ① 〈人件費がかかる〉

産後ケア事業に必要な経費のうち人件費の占める割合が大きく、利用者が少ない現状で収入を上げる難しさが語られていた。管理者として一番大変なことは金銭的な問題であり、管理者は赤字を打破するために試行錯誤していた。

「24時間助産師を常駐させなきゃいけないっていうところが、あそこが今(1日の利用者が)ひとりとか2人とかしかいないところで、赤字抱えてて、じゃあずっと助産師さんがいてもいいのかって言ったらそれはものすごく厳しいです」(A氏)

「(今一番大変なことは)まあだから金銭的なことだと思う。うん、運営者はね」(B氏)

「無駄な出費をなるべく減らしたいとか、ありますしね」(B氏)

#### ② 〈利用者が少ない〉

産褥入院は単価が安いうえに、利用者の数が少ないため安定した収入が得られていないと語られていた。このサブカテゴリーでは、「母親の負担の大きさ」、「産後ケア事業の認知度の低さ」という原因から生じていた(図2)。

「ある時はすごくいるけどある時は全然いないとか、波があるんですよね。だから恒常的に利用者が増えるといいなどは思っています。いつもコンスタントにいるといい」(C氏)

「お産1件分は産褥入院の4人分くらいなんですよ。だからいつもコンスタントにそのくらいずっと(利用者が)入ってないと難しい。月にお産が4件あるとこだったら、産褥入院は16くらいは予約がないとだめなんですよ、やって(い)けない。それと同じだけ収益あげようとするよね」(C氏)

### 3) 【マンパワーの量的・質的不足】

このコアカテゴリーは、《産後ケアに携わる人員の質》、《産後ケアの人員の量的不足》の2つのカテゴリーで構成されていた。

#### (1) 《産後ケアに携わる人員の質》

このカテゴリーは〈産後ケアに携わる助産師としての能力が必要〉、〈接遇に関する知識や経験の不足〉、〈産後ケアへの意欲の高い助産師が必要〉の3つのサブカテゴリーから構成されていた。

##### ① 〈産後ケアに携わる助産師としての能力が必要〉

限りある期間やマンパワーでサービスとしての良質なケアを提供するためには、母親に寄り添い、周りを見て、何をしたらよいかということ助産師自身が自分で考える力が必要だと語られていた。

「患者さんのためにどういうケアができるかっていうのをまじめに考えてる人の方が、もっといいと思うんですけどね」(B氏)

「本当の助産師はそんなことじゃない、もうちょっと、患者さんに寄り添えて、そして周りを見て、どう動けばいいかっていうのをしてる(考えている)のが助産師だから」(A氏)

##### ② 〈接遇に関する知識や経験の不足〉

産後ケア事業のサービスとしての質向上が必要であるが、そのために必要な接遇に関する知識や経験が助産師には不足していると語られていた。



「助産師はね、そういう接遇の教育受けてないから、どちらかというと、やっぱりその辺は弱いです」(A氏)

③ 〈産後ケアへの意欲の高い助産師が必要〉

助産師が自分の知識やスキルを向上させたり、産後ケア事業の質を向上させていくためには、助産師自身のモチベーションの維持・向上が大切であると語られていた。

「だって誰もいないわけだから怠けようと思ったら、入院の人がいなかったら何もなくなっちゃって一日過ぎて帰れるから。それはその人のもう、私は今日何をしようかって、自分との闘いだと思うんですよ」(B氏)

「(研修を受講後、自分の行ったケアと母親の変化に) 気づけばいいんだけど気づかなかつたらいくら接遇の研修を受けても、自分自身が全然磨かれてないんですよ。(そのためには助産師自身のモチベーションが) 大事です。すごい大事」(A氏)

(2) 《産後ケアの人員の量的不足》

母親の[ケアにかかる労力の大きさ]から十分なケアを行うための人員が必要であるが、【採算性の低さ】という経営的な問題などで人員が確保できない問題が語られた(図1)。このカテゴリーは、〈安定した人員の確保が困難〉、〈助産師の人員不足〉の2つのサブカテゴリーから構成されていた。

① 〈安定した人員の確保が困難〉

安定した利用者数が確保できていない現状では、人件費の節約のために助産師を常時雇用することができず、そのために助産師の確保が困難になってしまうという経営者の苦悩が語られていた。

「シフトを組んだ時に、じゃあ〇さんが何日と何日と何日(仕事に)入ってます、でも『今日患者さんいないんですけど今日ちょっと〇さんお休み(をとって)いただいてもいいですか』って(A氏が)言ったら(中略)〇さんは『予定入れといたのに、予定を棒に振っちゃうの』っていう感じになるから、シフトが埋まらないんですよ」(A氏)

② 〈助産師の人員不足〉

全国的に助産師の全体数が不足しているという現状で、産後ケア事業に携わる人員も集まらないという問題が語られていた。

「助産師がそんないっぱい集まらないですよ、はっきり言って」(B氏)

「やっぱりその人手が足りないっていうのはもう如実だと思うんですよね」(F氏)

4) 【施設の方向性が不統一】

これは、産後ケア事業を開始して数年の施設で語られた問題である。このコアカテゴリーは、《ケア従事者同士の認識の不一致》、《ケア体制が整っていない》、《事業内容が不明確》の3つのカテゴリーで構成されていた。

(1) 《ケア従事者同士の認識の不一致》

このカテゴリーは〈助産師間のケア方針が統一できていない〉、〈他職種間での事業内容や理念の認識の違い〉、〈業務分担が不明確〉の3つのサブカテゴリーから構成されていた。

① 〈助産師間のケア方針が統一できていない〉

産後ケア事業を開始した当初は、母親に必要なケアの認識が助産師同士で異なり、ケアプランの立て方なども統一されていなかったという問題が語られていた。ケアを行う助産師によって方針が異なることで母親を混乱させてしまうため、ケア方針の統一が重要であると考えていた。

「助産師の間でもこうケアの方針を統一しないといけないっていうのが最初結構難しくって。(中略)別にそんな足さなくてもおっぱいの回数増やしてミルクちょっと減らすだけで多分(乳汁)分泌増えてくるからこの人おっぱいでいけるよっていうケアと、でもやっぱりそうは言っても、そうかもしれないけどこの人には休息が必要だし(中略)この人はとりあえずこうリズムを整えてミルクをうまく使いながらやらないとダメだなっていうところのすり合わせが、そこのケア方針でね、最初ちょっとまあもめるまではいかないんだけど」(E氏)

「入院するのそんなに長くないじゃん、1週間とか、まあ3日とか4日で、で最初の2日ぐらいでそれ(ケア方針の違い)でもたついちやったら、なんかすごい中途

半端だし本人も混乱しちゃう」(E氏)

② 〈他職種間での事業内容や理念の認識の違い〉

職種や施設内での役職によって考え方が異なるため、産後ケアへの認識も異なっていた。そのため施設内で産後ケア事業の内容や理念などの統一ができていなかった。

「院長の方とかとその産後ケアって何をもってそれこそ産後ケアっていうのかとか、まあどういう形態でやっていくのかとか、そういったところの事業の内容的なすり合せていうか、は結構やっぱりそのなんていうんですかね、私はその産後ケアってやっぱり生活レベルのことだと思っているので、子育てとか育児っていうのは、やっぱりその生活モデルのケアっていうのを提案したいんですが、やっぱりそのどうしても経営者としては経営の金銭面のことだとか、どうしてもその医療モデル的なことで来るので」(F氏)

③ 〈業務分担が不明確〉

多職種で産後ケア事業を運営している施設では、職種間や役職間で業務分担や役割分担が明確にされていないという問題が語られていた。

「役割分担っていうか、誰がどういったことをどこまでやるのかっていうのが、それはまた今もちょっとこう(従事者間で)もめてるんですけど」(F氏)

「私とかも(中略)一応役職的には管理職なんですけど(中略)ほぼやっぱり現場に立ってるので、なかなかそういったもの(事業内容)を考えるとかすり合わせるとかやっぱりその収集する、データを取るとかそういったことっていうのが時間が取れなかったりとかして、やっぱりちょっと現場に流されちゃう」(F氏)

(2) 《ケア体制が整っていない》

このカテゴリーは〈ケア体制による情報共有の漏れ〉の1つのサブカテゴリーから構成されていた。

① 〈ケア体制による情報共有の漏れ〉

シフト制で毎日異なる助産師がケアに入るというケア体制によって、助産師間での情報共有に漏れが生じていた。情報がきちんと伝わっていないことが母親のサービス

への満足度低下につながっていた。

「どうしてもおんなじ人がずーっと続けて (ケアに入って) いるかというところじゃないので、そこが厳しいんですよ。申し送りはちゃんとやってるんだけど、やってるんだけど、ちょっとやっぱり漏れたりすることがあって、それが患者さんの勘に触ったりする」 (A 氏)

### (3) 《事業内容が不明確》

このカテゴリーは〈事業内容が構造化できていない〉の1つのサブカテゴリーから構成されていた。

#### ① 〈事業内容が構造化できていない〉

助産師が、母親に必要なと思うケアや行いたい事業内容を自分の中に持っていて、現実的に実現することは難しいことが多く、産後ケア事業の中身を具体的に構造化していくことの難しさが語られていた。

「産後ケアっていったときに、色んな考え方があっていいわけですし、私たちもまだこう事業とかも、本当にまあ自分の中では情けないなあって思うんですけども、一年も経ってるけど、まだやっぱり試行錯誤なんですよ」 (F 氏)

「こうしてあげたいって (中略) ことはいっぱいあるけどなかなかその現実との折り合いと、でもやっぱり (難しいのは) そこですよ」 (F 氏)

### 5) 【産後ケアを併設する負担】

このコアカテゴリーは、分娩の取り扱いを行っている施設が産後ケア事業を併設することによる問題が語られており、《業務量や並行業務の増加》の1つのカテゴリーで構成されていた。

#### (1) 《業務量や並行業務の増加》

このカテゴリーは、〈勤務の大変さによる負担増〉、〈分娩と産後ケアを一度にみる大変さ〉の2つのサブカテゴリーで構成されていた。

① 〈勤務の大変さによる負担増〉

元々従事している助産師数が少なく、助産師の業務量が多い施設では、産後ケア事業を併設することで一人の助産師にかかる負担が大きくなるという大変さが語られていた。

「1人で長い時間勤務をしてたりとか、食事も担当してるしとか、そういうのの合わさって負担感として感じてる部分はあるかなと思いました」(D氏)

「日当直(連続して日勤と当直に入ること)終わって、次の日当直も私だとなると、あ…(また私か)って思うことは正直あるし、だけどそれが元気な時、自分にゆとりがあればそれを思わない時もあるので、人手が少ないって書いてある上のは(資料を見ながら)まさにそうだなと思いました」(D氏)

② 〈分娩と産後ケアを一度にみる大変さ〉

分娩を取り扱っている施設では、夜間勤務者が少ない状況で分娩進行中の母親と産後ケア事業の母親を同時並行でみなければならぬ大変さが語られていた。産後ケア事業の利用者は育児への困難感が強いいため、たとえナースコールで呼ばれなくても助産師は母親が気にかかり分娩介助に集中できないと感じていた。

「自分がこう夜お産をみながらナースコールに対応するっていうのはもちろん大変ですよ。一人でどっちもみててとか。でもお産に集中したいなって思うこともあるから、働く側としてみたら、(分娩と産後ケアは)分かれてた方が楽だと思う」(D氏)

「なんかこう夜預けたいんですって言ってた人とか、授乳またみてくださいとか、あと全然泣き止ませられなくて、きつとこう(そういう風に)やってるんだろうなっていう人がいると、やっぱり気も逸れるっていうか。」(D氏)

6) 【助産師と自治体の産後ケアへの認識の相違】

このコアカテゴリーは、《ハイリスクの母子を対象とした自治体の視点》、《幅広い母子を対象とした助産師の視点》の2つのカテゴリーで構成されていた。これは、金銭的補助による自治体のコスト負担や利用者の制限といった[自治体による産後ケア事業の実施方法]から生じていた(図2)。

(1) 《ハイリスクの母子を対象とした自治体の視点》

このカテゴリーは、〈限られた大変な人が使うという認識〉、〈支援はハイリスクアプローチに傾きがち〉の2つのサブカテゴリーで構成されていた。

① 〈限られた大変な人が使うという認識〉

自治体は児童虐待予防という観点から、産後ケア事業を虐待リスクの高い限られた母親が利用する事業であるという認識を持っている、と助産師は感じていた。

「本当に虐待リスクの高い人っていう目でしか向こうは見てくれないんだなっていう」(D氏)

「(自施設を受診していた母親で、自治体に産後ケア利用の申請をした際に)『そんなあなたみたいな人はいっぱいいますから』みたいな感じで、『もっと大変な人が使う制度なのでそれくらいじゃ使えません』みたいに言われちゃった人がいてね」(E氏)

② 〈支援はハイリスクアプローチに傾きがち〉

母子を地域へつなげるための育児支援は、主に児童虐待などのリスクの高い母親を対象に行われてきており、ローリスクな母親への支援は少ないという助産師の思いが語られていた。

「どうしても地域とつながるなんとか(地域と連携した育児支援)って言ったらハイリスクの方だけを向いてしまいがち」(F氏)

(2) 《幅広い母子を対象とした助産師の視点》

このカテゴリーは、〈虐待は誰にでも起こりうるという認識〉、〈早期予防として多くの人が使うという認識〉の2つのサブカテゴリーで構成されていた。

① 〈虐待は誰にでも起こりうるという認識〉

児童虐待をしてしまう危険性は誰にでもあるという認識から、表面的な虐待リスクや育児不安が高くない母親にも支援が必要であるという助産師の思いが語られていた。

「何にも問題なくいった人でも、急にやっぱり(虐待を)やってしまうことはあ

るよってというのが今言われてるじゃないですか。だから別にリスクがない人と思われてても、やっぱり危険はあるみたいなの言われてるのに、なんかこううちよっと広く浅くというか、おっぱいが上手くいかないっていうのでも、使わせてほしいなと思うことは(ある)。そこが上手くいけば、自信になって虐待予防になるのになって思ったりするんだけど」(D氏)

② 〈早期予防として多くの人が使うという認識〉

早期介入によって状況が少し変わるだけでも育児支援・虐待予防としての効果はあるため、多くの母親のニーズに応えられる事業であるべきだ、と助産師は考えていた。

「愛着が上手くいかないとかさ、結局ちよっと入院して赤ちゃんとの接し方がわかって、赤ちゃん大変とってたのがちよっと可愛いと思う(ようになる)のがさ、やっぱりそういう支援がないとずーっとそう(上手くいかないまま)だったら(母親は大変なので)鬱になるとか育児もうまくいかないっていうのを早期予防するっていう面でも、すごい大事だと思うので、必要な人には使った方がいいと思う」(E氏)

「私はやっぱりポピュレーションっていうか、みんな(中略)いろんなもの(大変さやニーズ)を持ってるわけですから、やっぱりこうね、もっとうるさんな人たちのニーズをね、反映していけるようなことをやっていけたらいいのかなっていうかね」(F氏)

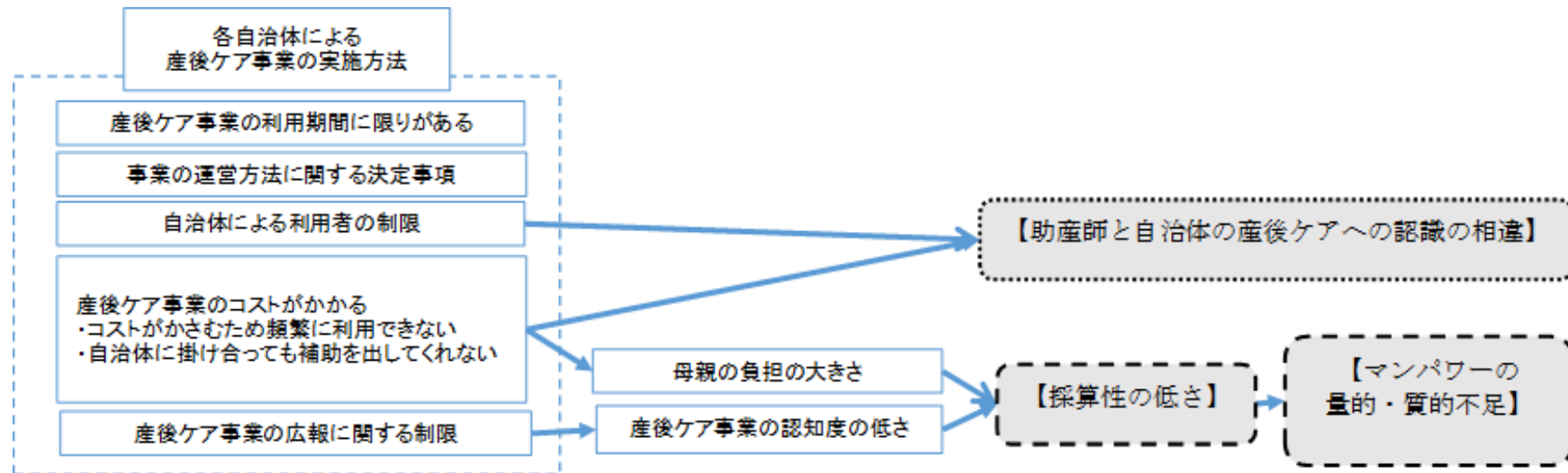


図 2 【助産師と自治体の産後ケアへの認識の相違】、【採算性の低さ】の原因



## 7) 【自治体の事業の運営方法への疑問】

このコアカテゴリーは、《利用のハードルが高い》、《目標達成のための期間的限界》、《支援ニーズのある人に支援が届いていない》、《利用時の母親にかかる負担》の4つのカテゴリーで構成されていた。

### (1) 《利用のハードルが高い》

このカテゴリーは、〈予算不足による利用許可のハードル〉の1つのサブカテゴリーで構成されていた。これは自己負担が一部であり〔コストがかさむため頻繁に利用できない〕という自治体側の予算不足により生じていると語られた(図3)。また〔自治体による利用者の制限〕もこのハードルの高さを示していた。

#### ① 〈予算不足による利用許可のハードル〉

助産師は、支援を必要としている母親に支援が届けるためには自治体の産後ケア事業にかかる予算が足りないと認識しており、予算不足が産後ケア事業を利用するハードルになっていると考えていた。

「もっとこう色んな人が使いたい人が使えるようになればいいのになとは思いますが」(E氏)

「やっぱりその辺の予算の支援とかをして、使いたい人に使わせて(い)かないと誰のための制度なんだっていうのはある」(E氏)

### (2) 《目標達成のための期間的限界》

このカテゴリーは、〈期間内で十分なケアができるかという疑問〉、〈短期間で変わらないものへの支援の限界〉の2つのサブカテゴリーで構成されていた。〔ケアにかかる労力の大きさ〕から十分なケアが必要なにもかかわらず〔産後ケア事業の利用期間に限りがある〕ため、助産師は母親の目標を達成するためには期間に限界があると感じていた(図3)。

#### ① 〈期間内で十分なケアができるかという疑問〉

自治体の設定した1週間という産後ケア事業の利用期間の中で、十分なケアができるだろうかという助産師の疑問が語られていた。

「産褥入院の1週間で、どこまでケアしてどこまでできるか」(E氏)

② 〈短期間で変わらないものへの支援の限界〉

助産師は、母親やその家族の生活習慣や母子の愛着形成など、長期的な視点を持った支援も必要であると認識していた。しかし、産後ケア事業の枠組みのなかでは支援に限界があり、やりきれない思いを抱えていた。

「育児技術が本当に不安があって、利用するんならいいんだけど、さっきの若い子みたいに、生活を整えるみたいなのところとか、基本的な衛生環境とか、そういうところって、あんまりすぐには変わらないじゃない？」(D氏)

「赤ちゃんとの愛着がうまくいったりとかが十分にサポートできるかっていうと不完全燃焼感があった事例はありました」(E氏)

(3) 《支援ニーズのある人に支援が届いていない》

このカテゴリーは、〈自治体の利用条件と産後ケア施設の受入可能性の相違〉、〈客観的な必要度と実際の必要度との違い〉の2つのサブカテゴリーで構成されていた。これは、【助産師と自治体の産後ケアへの認識の違い】から生じていた(図3)。

① 〈自治体の利用条件と産後ケア施設の受入可能性の相違〉

セルフケアの範囲内での内服治療など、自治体では利用条件から受け入れ不可としている母親と、助産師からみた実際的な受け入れ可能な母親との相違が語られていた。一方で、社会的ハイリスクなど、自治体が支援の必要性を認識した母親と、助産師が感じる支援介入の必要性との相違も語られていた。

「若年と、生活保護世帯とかそういうちょっと金銭的な、みたいな(ことを)言ってる人ほど、意外とこう、あんまり育児とかに関しては問題はないっていうか」(D氏)

「血压高い人で薬飲んでても(産後ケア事業を)使えないっていうのはあって、結局でも退院しちゃえば別に病院の管理下だけどセルフケアでやってるわけじゃないですか。そういう人を入院させませんっていうのは本末転倒だと思うし、そういう人こそ休むことが必要で、血压高ければ」(E氏)

② 〈客観的な必要度と実際の必要度との違い〉

客観的にみた母親の産後ケア必要度と、実際に母親が感じている必要度には差があるのではないかという思いが語られていた。

「でも判断が自治体ってなって、じゃあ使えませんってなっちゃって使えないのってね、本人によってさやっぱり、この人にとってのこれくらい大変っていうのとこの人にとってのこれくらい大変がさ、同じとは限らないじゃん」(E氏)

(4) 《利用時の母親にかかる負担》

このカテゴリーは、〈利用申請に関する負担〉、〈不安なまま過ごす期間ができる〉、〈移動の負担〉の3つのサブカテゴリーで構成されていた。これは本人による申請の必要性や、保健師の事前面接の実施、分娩施設退院後から産後ケア利用までの空白期間があるなどの「事業の運営方法に関する決定事項」から生じていた(図3)。

① 〈利用申請に関する負担〉

産後ケア事業の利用申請において、産後の心身が不安定で大変な時期に母親本人が連絡しなければならないという母親の負担があるということが語られていた。

「1回帰ってからさ、そういう人って大変な中でわざわざ連絡しなきゃいけないとかさ、それこそどうなのって思う」(E氏)

② 〈不安なまま過ごす期間ができる〉

産後ケア事業の利用が必要な状態であるということが妊娠中からわかっていても、利用申請を産後に行う必要があるため、母親が産後ケア施設入院までの間に自宅で不安なまま過ごす期間ができてしまう、という事業の運営方法への疑問が語られていた。

「そういうの(事前に産後ケアが必要ということ)がわかってるんだったら、別に一回退院して1日2日家で不安なまま過ごす時間をわざわざ作る必要があるのかなと思う」(E氏)

③ 〈移動の負担〉

分娩施設から産後ケア施設へ直接入院してくることができないため、分娩施設ー自宅ー産後ケア施設の間の移動による母親の身体的負担があると語られていた。

「行ったり来たりも大変じゃない、また病院から家に帰って、家から助産院に来て  
って言うよりはさ、そのまま入院してくるとかさ、そういうことができた方がいい  
んじゃないかなと」(E氏)

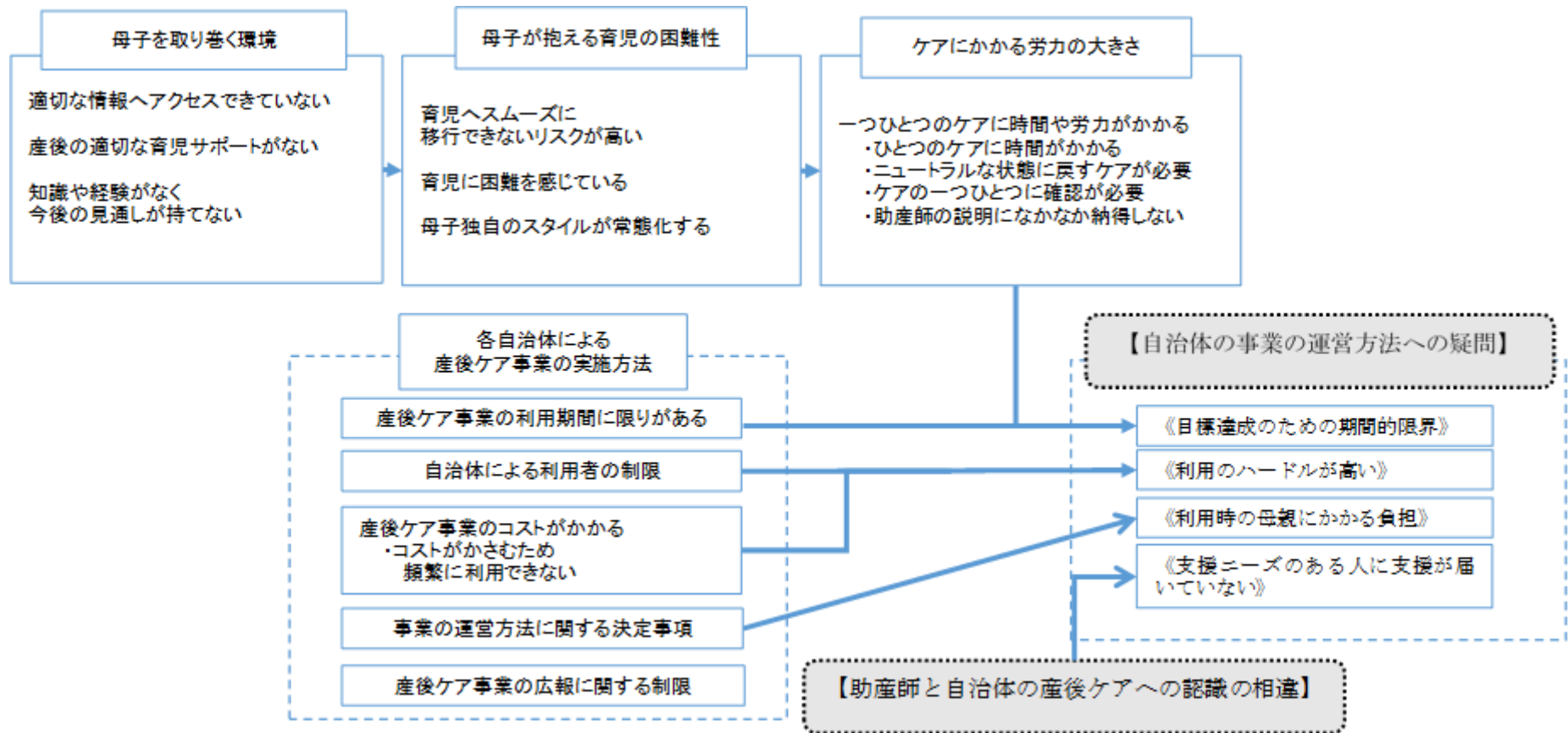


図 3 【自治体の事業の運営方法への疑問】の原因

## 8) 【地域連携の不足】

このコアカテゴリーは、《助産師が地域資源を活用できていない》、《情報共有が不十分》、《自治体の対応の不足》の3つのカテゴリーで構成されていた。これは「自治体や地域の医療機関との関係が希薄」から生じていた。

### (1) 《助産師が地域資源を活用できていない》

このカテゴリーは、〈多職種による支援の活用不足〉、〈母親の生活に即した支援の活用不足〉、〈母子にとって身近な支援者の不足〉の3つのサブカテゴリーで構成されていた。

#### ① 〈多職種による支援の活用不足〉

産後ケア事業を必要とする母親が抱える問題のハイリスク化や支援ニーズの多様化により、助産師だけではなく多職種による支援を活用しなければならないという助産師の思いが語られていた。

「産後の鬱っぽい人とか、それから自分が持っている例えばADHDとか、それからある意味学習障害みたいなね、そういう人も妊娠するし、産めるし。そういう人をどうフォローするかっていったときに、助産師が本当に育児の自立だけのケアだけでいいのか、そうじゃないじゃないですか。精神的な面とかサポートしなきゃいけない。それは私たちの中では限界がある」(A氏)

#### ② 〈母親の生活に即した支援の活用不足〉

今後長期に渡り続いていく育児を継続的にサポートするために、産後ケア施設内での支援だけでなく地域での母親の生活に寄り添った支援も必要であると語られていた。

「(産後ケア施設退院後も母親の生活は続いていくため) もうちょっと社会の中でっていうか、その四六時中べったりと入院して産後サポートするっていうよりも、ちょっとしたお手伝いっていうか、(中略) 例えばお家に帰ったとしても、1日2~3時間とかでもいいから誰か手伝ってくれる、それが別に私は家族とかじゃなくてもいいんじゃないかなって思うんですけど」(F氏)

③ 〈母子にとって身近な支援者の不足〉

助産師などの専門職者だけではなく、母親と同じ生活者としての目線で身近な育児支援のできる支援者が必要であると語られていた。また助産師は、母親や助産師だけではなく多様な人が育児に関わる必要性を感じていた。

「専門職だけじゃなくて色んなですね生活レベルっていうことを言ったら、色々な人が関わるのが大切」(F氏)

「今、やっぱり核家族とかで、どうしても自分と子どもだけっていった時に、なんか別に私は昔がよかったとも思わないんですけど、でもやっぱりいろんな手があった、昔は。(中略)今の時代にあった、今これだけ社会が変わってきてるから、だからそういったことをあのこういう場でできないかなって思うんですよね」(F氏)

「なにも私はやっぱり子育てなんとか(支援)っていうのは特殊なことをやることだとは思っていないので、逆にもっと生活知識の、生活レベルの知識を持った人たちがちょっと産後のお母さんたちって、今のあれってこういう感じだよっていうのを(中略)(様々な人に)知ってもらって、関わってもらいたいかなと思いますけどね」(F氏)

(2) 《情報共有が不十分》

このカテゴリーは、〈退院後の母子の情報共有がない〉、〈入院時の母子の情報不十分〉、〈利用者への連絡の不足〉の3つのサブカテゴリーで構成されていた。

① 〈退院後の母子の情報共有がない〉

産後ケア施設退院後の母子の情報や、利用者へのアンケート結果のフィードバックなどは自治体から得られておらず、自治体との連携が不十分だと感じていた。

「(利用者へのアンケートを)市は取ってるらしいけど、こっちには来ない」(D氏)

「(産後ケアを利用した後の自治体からの連絡は)こない。どうなったかは知らない。保健師さんからこの人こういう風にしてますっていうのは全然ないです」(E氏)

② 〈入院時の母子の情報が不十分〉

多様な施設における入院時の情報不足の問題として、自治体からの母子の情報が、実際に来院した母子の状況とは異なっていたという情報の不適切さや、自治体と連携していない施設では母親の自己申告だけが情報源であり十分な情報が得られないなどの問題が語られていた。

「病院のお母さんたちだったら病院でずっと妊娠期もみてて、分娩もそこでして、(でも) 私たちは(産後ケアの利用者に関して)そこは全然わからないわけですよ」

(A 氏)

「大体保健師さんから来るときはこういうことをやってくださいみたいな依頼じゃないけど、産褥入院の目的みたいなのが書かれてくるんですけど、それがまあ本人と違ったりすることもある」(D 氏)

「本人が言ってなかったから、実は妊娠がわかる前までずっと眠剤を飲んでたとか、安定剤を飲んでたとか、本人が言ってくれない限り全然わからないんですよ」

(C 氏)

③ 〈利用者への連絡の不足〉

事業開始当初、産後ケア事業利用前の母親への連絡事項に漏れがあり、母親を混乱させてしまったという自治体との連携や情報共有の不十分さが語られた。

「最初大変だったことは、向こう(自治体)も慣れてなくてなんかそれはすごいシステムの問題なんだけど、市から紹介だから料金のこととかもろもろ、まあキャンセル料とか色々あるんだけどね。その辺のことでこう上手くいかなかった(中略)伝えてなかったから急にキャンセルとかがってなった時に色々大変だったとか」(E 氏)

(3) 《自治体の対応の不足》

このカテゴリーは、〈引き継ぎへの対応の不足〉の1つのサブカテゴリーで構成されていた。

① 〈引き継ぎへの対応の不足〉

母親が産後ケア施設を退院した後、産後ケア施設から自治体へ母子の引き継ぎを行



ったにもかかわらず、引き継ぎへのフィードバックがなかったり、引き継ぎ事項への対応がされていなかったりと、自治体の対応が不十分であるという助産師の不満が語られていた。

「こっち（助産院）で（母子を）見れなくなっちゃったから、その後どうでしたかみたいな問い合わせをしたことがあるんですけど、いや、まだ（訪問に）行ってませんみたいな。もうだいぶ経ってたのに。なんかこう引き継ぎ事項で書いてても、まあ忙しいんだろうけど、『ああそういう捉え方なんだな』って」（D氏）

「一応この（退院時に）今後の引き継ぎ事項みたいな書くところがあるので、こういうことは（自治体に）引き続きお願いしますとか、そう、書くんですよ。なんですけど、それに対してのフィードバックはないんです。それがなんか残念だなと思うんだけど」（D氏）

## 第5章 考察

### I. 助産師が抱えている問題

本研究は、助産師が行っている産後ケア事業の実施状況と現在助産師が抱えている問題について明らかにすることを目的に行った。本研究の結果助産師が抱えている問題のコアカテゴリーとして、【母親との関わりの困難性】、【採算性の低さ】、【マンパワーの量的・質的不足】、【施設の方向性が不統一】、【産後ケアを併設する負担】、【助産師と自治体の産後ケアへの認識の相違】、【自治体の事業の運営方法への疑問】、【地域連携の不足】が抽出された。さらにこれらの問題は助産師に生じる問題、産後ケア施設の問題、地域での連携の問題の3つに分類された。

これらの問題は、以下の3点を原因として生じているのではないかと考えられる。

第1に、助産師は母親の抱える育児の困難さに注目していることが考えられる。第1章で述べたように、晩産化や育児支援者の不足、育児経験の不足などにより育児を取り巻く環境は変化してきている。このような変化を受け、産後の母親は「自分の子育てはこれで良いのか」という自らの育児方法への不安(久世, 秦, & 中塚, 2015)や「思っていたことと違う」という育児の理想と現実のギャップ、「自分に自信が持てない」、「自分を責める」などの自己肯定感の低さや不安(武田, 弓削, & 小林, 2015)を抱えている。さらに、現代の母親は約3割が抑うつ感や涙もろさを主症状とするマタニティーブルーズを抱えていると言われる(中野, 1994)。母親の心身の状態は児への愛着や母性意識へ関連することが明らかになっており(福澤 & 山川, 2006)、その後の母子関係や児の発達に長期的に影響することから、この時期の母親への支援が重要であると考えられる。

産後ケア事業は育児不安の解消や児童虐待の予防を目的としており(内閣府, 2013)、社会的・心理的ハイリスク要因を抱え支援ニーズの高い人を自治体が選定し産後ケア施設に紹介している。したがって産後ケア施設を利用する人は特に育児の困難性が強い母親であり、本研究でも【母親が抱える育児の困難性】が問題の原因として語られた。一方で、助産所での出産を希望する母親の多くは経産婦であり(江守 & 前原, 1998)、育児経験があることから育児への困難感に対応することは多くないと予想される。また助産所では妊娠中から何度も助産師と顔を合わせており、産後の時点では既に助産師と母親の信頼関係ができている場合が多い。助産所は以前から地域の産後ケアを担ってきており(日本助産師会, 2011)、助産師たちは産後の母子へのケアを得意としてきた。本研究の参加者は全員助産所

での勤務経験があり、育児困難感が少なく関係性の築きやすい母親への関わりに慣れた助産師が多かったと考えられる。しかし、産後ケア事業を利用する母親は助産所で分娩をする母親と大きく異なるため、産後ケア事業に特徴的な育児の困難さや関わりの困難さが際立ち、産後ケアを得意とする助産師でも【母親との関わりの困難性】を感じていたと考えられる。インタビューでも「事業始まってからのほうが、やっぱり結構大変なお母さんが来るようになったから大変になったなって思うのはあります」(E氏)と語られていた。また【母親との関わりの困難性】は、ケアに労力がかかるためより多くの人手やより長い利用期間が必要であるとする【マンパワーの量的・質的不足】や【自治体の事業の運営方法への疑問】を生じさせていたと考えられる。

第2に、助産師が自ら行おうとする産後ケアと各自治体の産後ケア事業の実施方法に相違を感じていることが挙げられる。佐藤ら(2011)の研究では、助産師は産後の母親への関わりの中で、妊娠期から育児期の継続的なサポートの中で産み・育てるプロセスに寄り添うことや家族の役割調整や良好な関係づくりなど新しい家族の形を育むといった、家族を含めた継続的で包括的なケアの重要性を認識していた。産後ケアに関する研究でも、産後ケアは単なる育児指導や身体面のケアだけでなく、親が心身ともに健やかに育児をしていくために夫婦や祖父母、地域との関わりを意識し、今後の生活をより良くしていくための支援をするという認識に変わってきている(福島, 2014b; 市川, 2014)。本研究でも、「生活を整えるみたいなどころとか、基本的な衛生環境とか、そういうところって、あんまりすぐには変わらない」(D氏)、「赤ちゃんとの愛着がうまくいったりとかが十分にサポートできるかっていうと不完全燃焼感があった事例はありました」(E氏)などのように、即時的なケアだけではなく母子やその家族の関係性や生活をよりよくするための、今後を見据えたケアを大事にしたいという助産師の思いが語られた。しかし、自治体の産後ケア事業として産後ケアを提供している施設では、利用は7日間のショートステイと7日間のデイケアというように期間に限りがあった。また、自施設で分娩していない母親の利用が大半であり、妊娠中から施設見学などを行っていない限り産後ケア事業を利用する時点が母親と助産師の初対面となる。限られた期間内で母親と助産師の互いの目的や考えを共有し、身体的な疲労回復や育児技術の取得以上の今後を見据えたケアを行うには時間的に限界があり、本研究でも《目標達成のための期間的限界》が生じていた。

また、助産師は《虐待は誰にでも起こりうるという認識》、《早期予防として多くの人が使うという認識》というように、「人生における一大転換期であり、危機に陥りやすい時期」

(福島, 2014c) にある全ての母親を早期から救い上げたいと考えていた。しかし、産後ケア事業を行う自治体の中には、「育児不安の解消」や「児童虐待の未然防止」を目的に掲げ、育児に問題を抱えているハイリスクな母子を対象としており、また事業を利用するに当たり「家族から産後の援助を受けられない」、「育児困難な状況」(自治体 H) など条件が多く、ひとつでも満たしていないと申請許可が降りないなど、利用へのハードルが高いところがあった。今回のインタビューでも、『「あなたみたいな人はいっぱいいますから」みたいな感じで、『もっと大変な人が使う制度なのでそれくらいじゃ使えません』みたいに言われちゃった人がいて」(E 氏) と自治体が産後ケア事業をハイリスクアプローチの一環としているのに対し、助産師は「おっぱいが上手くいかないっていうのでも(中略)そこが上手くいけば、自信になって虐待予防になるのに」(D 氏) と育児不安や産後うつを「早期予防するっていう面でも(中略)必要な人には使った方がいい」(E 氏) と考えており、「本当に虐待リスクの高い人っていう目でしか向こうは見てくれないんだな」(D 氏) という【助産師と自治体の産後ケアへの認識の相違】を感じていた。そして産後の支援を必要とする母親に支援が届いていない、利用者へ十分なケアができていないといった【自治体の事業の運営方法への疑問】という問題を認識していた。

第3に、地域における育児支援の連携が不十分であるという原因が挙げられる。現在、産科有床診療所の分娩取り扱いの中止や閉鎖などにより、基幹病院での分娩取り扱い数が増加しているといった社会背景から産科での入院期間短縮化が注目されている(勝川, 坂梨, 臼井, & 小林, 2010)。しかし育児経験がなく支援者の少ない現在の子育て環境では、早期退院によって母親や家族の育児への不安が増強することは容易に想像できる。このような状況の中、退院直後の母子を地域で支援していくことを目的としている産後ケア事業は、地域における母子の受け皿となる。カナダ、Nova scotia 州の産後支援のガイドラインでは、ソーシャルサポートは健康を決定する要因の一つであるため家族と地域のリソースをつなぐ必要があり、産後ケア支援は適切な支援ネットワークの中でアクセス・利用がしやすいものであるべきだと述べられている(Nova Scotia Department of Health, 2003)。日本においても分娩後、産科医療施設から地域へスムーズに移行できるよう、医療機関同士や自治体との地域連携を充実させることは重要課題である。

各自治体では、出産後速やかに子育て支援を行えるよう妊娠届出時や母子健康手帳交付時の面談実施などによって母子の情報把握を行っているところもある(益邑, 2013)。産後ケア施設でも同様に、十分な情報把握の元でスムーズな産後ケアの提供を行うことが必要

である。しかし先述したように、産後ケア事業を利用する母親は他施設で分娩後に入院して  
くることが多いという現状で、[自治体や地域の医療機関との関係が希薄]という原因が妊  
娠・分娩に関する〈入院時の母子の情報が不十分〉という【地域連携の不足】における問題  
を生じさせていた。

## II. 地域の子育てネットワークの強化

第Ⅱ節では、産後ケア事業の今後の課題について考察する。汐見 (2003) は社会政策を  
実施する前に、まず「どういう子どもに育てるのか」、「何のために育児支援をするのか」とい  
う明確な理念を持つことが重要であると述べている。例えばデンマークでは「子どもの発育  
にとって家庭こそが基本の場所であり、子どもの育成は親の責任である」という考えのもと、  
「家庭での子育ての質を上げることが目的」とすることを子育て支援のひとつの理念とし  
ている。日本における子育て支援の理念を探ると、子ども・子育て支援法では、子育ては「父  
母その他の保護者が子育てについての第一義的責任を有するという基本的認識の下に、家  
庭、学校、地域、職域その他の社会のあらゆる分野における全ての構成員が、各々の役割を  
果たすとともに、相互に協力して行われなければならない」(内閣府, 2012, p. 3) と記され  
ている。また、健やか親子 21 (第 2 次) (健やか次世代育成総合研究事業研究班, 2015) で  
は、「すべての子どもが健やかに育つ社会」を目標とし、「すべての国民が地域や家庭環境等  
の違いにかかわらず、同じ水準の母子保健サービスが受けられること」を目指している。つ  
まりデンマーク同様、日本でも家庭での子育てが第一に重要ではあるが、そのうえで社会全  
体で協力して子育てをしていくという理念が子育て支援の根底にあると考えられる。

社会全体で子育てをするという理念実現のために、現在日本では地域子ども・子育て支援  
事業が行われている。産後ケア事業はその中の利用者支援事業 (母子保健型) に位置付けら  
れている。利用者支援事業は「子育て家庭にとって身近な場所で相談に応じ、その個別のニ  
ーズを把握して、適切な施設や事業等を円滑に利用できるよう支援する」(内閣府子ども・  
子育て本部統括官, 文部科学省初等中等教育局長, 厚生労働省雇用均等・児童家庭局長, 2015,  
1 章)ことを指している。そのなかで産後ケア事業が含まれる母子保健型は、特に「保健師や  
助産師等の専門性を活かして母子保健を中心としたネットワークにつなげる機能」を有し  
ている。つまり、産後ケア事業は、産科医療施設退院後の母子にできる限り早期の接触を図  
り、必要な支援につなげること、そのための専門家のファーストタッチの役割 (内閣府,  
2013) を有していると言える。したがって、産後ケア事業は単なる育児指導や心身のケアを

行う「点」の支援ではなく、地域の子育てネットワークというつながった「線」の中で実施されるべきものである。

産後に発生する産後うつや育児不安、児童虐待などの問題は、妊娠期から対応していくことが重要であり、妊娠・分娩・産後と継続した支援の重要性はこれまでも述べられてきている(岩谷, 北東, 若林, 吉川, & 成瀬, 2001; 中坂, & 佐野, 2012; 佐藤, 2006; 寺坂, & 岡山, 2015)。また児童虐待事例への対応では、養育者や被虐待児が多くの問題を抱えていることや長期的な支援の必要性から一機関あるいは一職種だけの支援には限界があり、多機関、多職種による支援が重要とされている(助産師のための子ども虐待防止実践マニュアル作成委員・協力者, 2004)。児童虐待にかかわらず子育て支援全般において、産後入院期間の短縮(勝川ら, 2010)、母子の抱える問題の多様性、母子を支える家族からのサポート不足(厚生労働省, 2013a; 前原ら, 2014)などを考慮すると、より一層関係機関が連携をして母子を継続的に支援していく必要性は明らかである。

しかし、本研究で助産師は《助産師が地域資源を活用できていない》、自治体や地域の医療機関との《情報共有が不十分》、《自治体の対応の不足》といった【地域連携の不足】という問題を感じていた。また、【助産師と自治体の産後ケアへの認識の相違】や【自治体の事業の運営方法への疑問】といった問題も、自治体と助産師の目的が不統一であるという自治体を含めた地域連携の不足が原因のひとつであると考えられる。イギリスでは、地域において各専門家の役割を明確化し、それぞれが継続的な母子支援と効果的な情報共有のために透明性のあるサービス同士のネットワークを構築する必要性が示されている(National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2014)。我が国においても、地域連携における課題のひとつとして連携の透明性の確保、特に情報共有の透明化や子育てにおける他の地域資源との連携が重要だと考えられる。

近年福祉国家フィンランドのネウボラが地域の出産・子育て支援拠点の先駆的な事例として関心を集めている。ネウボラは、出産ネウボラと子どもネウボラの2つから成る「妊娠から就学前まで、かかりつけの専門職(主に保健師)が担当の母子および家族全体に寄り添い支える制度」であり子育て家族にとっての「身近なサポートを得られる地域の拠点」である(高橋, 2015)。女性は妊娠をするとまずネウボラに向かい、そこから担当の専門職による子育て期までの切れ目ない支援が開始される(横山, 2015)。妊婦健診や乳幼児健診、家族全体を総合的に見るための総合健診などをネウボラが一括で担う。担当制をとることで継続的で切れ目のない妊娠・出産・子育て支援を全家庭に行うだけではなく、問

題を抱える家族への必要な支援体制の確保や保健・医療・福祉以外の領域との連絡調整・協力もネウボラの重要な機能である。母子保健の専門職教育を受けてきた専門家が実施する、子育て家庭にとって身近な場所であるネウボラが、様々な専門職とのネットワークの中心的な役割を担うことで、充実した連携体制が構築できていると考えられる。予防事業が普及するほど現場の担当者の負担が増加するという声もあり (小堀, 2010)、子育て支援における担当制を我が国にそのまま導入することは難しいと考えられるが、地域の効果的な育児支援資源の活用やサービス提供におけるギャップを最小限にすることで、対象者への包括的なサポートを可能にする (World Health Organization [WHO], 2013) 地域連携は重要である。

我が国では、平成 27 年度よりこれまでの母子保健相談事業に代わって子育て世代包括支援センター (厚生労働省雇用均等・児童家庭局, 2015) の整備が開始された。これは、地域の関係機関が連携して「妊娠期から子育て期までの切れ目ない支援」を確保する機能を持つ「仕組み」を指している。その役割は、①妊娠期から子育て期にわたるまで、専門的な知見と当事者目線の両者から必要な情報を共有し、切れ目なく支援すること、②ワンストップ相談窓口を設け必要なサービスを円滑に利用できるよう支援すること、③地域の関係機関とのネットワークを構築し、必要に応じ社会資源の開発を行うことの 3 点である。2015 年 11 月時点で 141 施設が整備されている (厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課, 2015)。この子育て世代包括支援センターの全国展開が進めば、子育て家庭を切れ目なく支援するための地域における子育て支援ネットワークが構築され、社会全体で子育てをするという目標に一步近づくだらう。

本研究では、「助産師だけのこの専門職だけではやっていけない」(A 氏) という専門性の限界による多職種が関わる支援の必要性や、「お家に帰ったとしても、1 日 2~3 時間とかでもいいから誰か手伝ってくれる」(F 氏) 母親の生活に即した支援、そして「生活レベルの知識を持った」(F 氏) 母子にとって身近な支援者などの必要性が語られており、「助産師が地域資源を活用できていない」という問題が抽出された。したがって、子育てネットワークを構築する際にはフォーマルな資源だけでなく NPO や NGO、ボランティアなどのインフォーマルな育児支援資源もネットワークに巻き込みながら、各関係機関同士の双方向の透明性のある情報共有のもと、充実した育児支援が実施されることが望まれる。

### III. 産後ケア事業における助産師の役割

第III節では産後ケア事業における助産師の役割について考察する。これまでのショートステイ型産後ケア事業へのニーズ調査では、利用を希望しない又は利用しなかった理由として、上の子がいるため(出石ら, 2014)、外出の大変さ、時間的余裕のなさ、母親が留守中の家族への影響(西里, 高橋, 橋本, & 杉原, 2014)が挙げられている。また夫・家族がケアの必要性を認識していない、情報不足による不安、ケアの質の保障への不安(西里ら, 2014)などの理由も挙げられた。助産師はこのような母親の産後ケア事業利用を阻む要因の解決に貢献できると考える。前者に対しては、ショートステイのみではなく訪問型の産後ケア事業が提案できる。本研究でも、自治体の産後ケア事業として助産師の訪問事業を行っている自治体があった。母親のニーズとしても、助産師による家庭訪問や、訪問による乳房ケアが求められている(坂梨, 勝川, 水野, 臼井, & 鍋田, 2014; 猿田, 2015)。また、後者に対しては、十分な産後ケア事業の周知が必要であると考えられる。今回の研究協力施設で、妊娠中から利用予定者へ施設見学会を実施している施設があった。事前に施設の様子や助産師の人となりを知ることで、安心して利用できることにつながり、また夫や実母などの家族に対しても産後ケアの必要性を周知する機会となる。

近年の晩婚化や女性の高学歴化(文部科学省, 2015a)、キャリア志向(文部科学省, 2015b)など様々な理由により、妊娠・出産・育児に対する考え方は多様化していると考えられる。本研究では、「私たちがよくやってあげたと思っても、向こうはそう思っていないかもしれないからそれがちょっと難しい」(A氏)、「考えてることとかニーズが違ったりする」(E氏)というように〈ケアに対する認識の相違〉や〈助産師と母親の目標の相違〉が生じていた。このような考え方の相違を受けて、助産師は母子に関わる専門職としての信念を持ちながらも、現代の母親が求めているものを理解し相手を尊重したうえで、柔軟な対応を行っている者もいた。つまり、助産師が良しとするものを押し付けるのではなく相手にとってより良い方法は何かを探求していくことが必要だと考えられる。

産後ケア事業は、上述したように地域子育てネットワークの中の一事業として実施される。助産師はこの産後ケア事業の役割を再認識し、育児不安や愛着障害、母乳育児支援、児童虐待予防などすべてをこの1週間で解決しようとするのではなく、これから長く続いていく子育てを地域で支えていくためのファーストタッチとなること、そして母子とその家族を育児支援のネットワークにきちんと乗せるという意識を持つことが重要であると考えられる。そして、産後ケア施設における目標・目的をより具体的に定め、施設と地域が一丸とな



って子育て家庭の支援にあたることが求められる。

#### IV. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、関東圏にある分娩に併設して産後ケア事業を行っている 6 施設への調査を行った。現在、全国の産後ケア施設は一般社団法人日本産後ケア協会に掲載されているだけでも 100 施設以上あり、平成 27 年度には、80 市町村での産後ケア事業実施が目指されている(厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課, 2016)。今後地域の実情に合わせ、多様な産後ケアの形が創出されていくことが考えられ、産後ケア事業の現状と課題を全国的に調査していく必要があると考える。

また産後ケアの形態は、産後ケアセンターとして独立して産後ケア事業を行っている施設や助産所のように分娩と併設して産後ケア事業を請け負っている施設のほか、一般企業による産後ケア事業や韓国型の非医療者による産後ケア施設など多様化してきている。本研究では医療者の行う併設型の産後ケア施設のみを調査したが、様々な事業実態やそこで発生する問題を把握するため、今後併設型以外の形態の産後ケア施設でも調査を行う必要がある。

また、本研究では助産師へのインタビュー調査から産後ケア事業において助産師が抱えている問題を明らかにした。しかし、産後ケア事業の全体像を把握するためには、事業主体である自治体や、産後ケアへつなぐ役割である産科医療機関、利用者である女性やその家族への調査など様々な立場から問題点を明らかにしていく必要がある。

## 第6章 結論

本研究は、産後ケア事業に従事する助産師へのインタビューを通して、助産師が行っている産後ケア事業の実施状況と現在助産師が抱えている問題について明らかにすることを目的に行った。その結果、助産師が抱える問題として8つのコアカテゴリー、18個のカテゴリー、37個のサブカテゴリーが抽出された。

【母親との関わりの困難性】は助産師が感じている母親との信頼関係構築・相互理解の困難さや、母親との考え方の相違による関わりの困難さのことであり、産後に初めて母親と出会うという産後ケア事業特有の関わりの短さなどの[産褥期に初めて母親と出会う]や、[母子を取り巻く育児環境]によって生じる育児不安などの[母子が抱える育児の困難性]といった原因から生じていた。

産後ケア施設では[産後ケア事業の認知度の低さ]や申請にかかる[母親の負担の大きさ]などの理由から、人件費が高いにもかかわらず、産後ケア事業の単価は安く利用者が少ないために収入が得られないという【採算性の低さ】を抱えていた。また母親の[ケアにかかる労力の大きさ]の一方で経営的な負担があり、サービスとしての産後ケア事業に適した人材の質的不足や円滑な運営のための人員不足という【マンパワーの量的・質的不足】が生じていた。産後ケア事業の実施期間が数年未満の施設では、施設の体制や事業内容が不明確であり、従事者間で事業運営やケア提供における認識が統一されていないという【施設の方向性が不統一】が生じていた。また併設型の施設では、助産師一人にかかる業務量や並行業務の増加による負担という【産後ケアを併設する負担】を抱えていた。

地域での問題として、産後ケア事業の目的や対象者に関する【助産師と自治体の産後ケアへの認識の相違】があり、これらの問題が、臨床現場で感じる自治体による産後ケア事業の枠組みや実施方法といった【自治体の事業の運営方法への疑問】へつながっていた。一方で、[自治体や地域の医療機関との関係が希薄]であることから、自治体や、育児支援に関する地域資源との【地域連携の不足】が生じていた。

以上より、各関係機関の透明性のある情報共有と子育て支援における地域でのネットワーク構築の重要性が示唆された。